

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1957

THÈSE

N°

905

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Maurice, Eugène, Jean ANDRAUD

Né le 19 Juin 1930 à Georges Clemenceau "La Stidia" (Oran)

présentée et soutenue publiquement le

**A PROPOS DU SYNDROME
DE DEMONS - MEIGS**

Président : Monsieur FUNCK-BRENTANO (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir - Delavigne
PARIS - VI'

1957

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1957

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Maurice, Eugène, Jean ANDRAUD

Né le 19 juin 1930 à Georges Clémenceau
"La Stidia" (Oran)

-:-

Présentée et soutenue publiquement
le

-:-

A PROPOS DU SYNDROME DE DEMONS-MEIGS

-:-

Président : Monsieur FUNCK-BRENTANO
(Professeur)

-:-

D.P. TAIB
.8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1957.



PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BENARD, CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHAMPY, CHEVASSU, DELBET, DONZELOT, GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, LAROCHE G., LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LEVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MONDOR, MULON, OLIVIER, OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN..... Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSESEUR..... Jean VERNE

I. PROFESSEURS.

	MM
Anatomie.....	CORDIER
Anatomie pathologique.....	DELARUE
Bactériologie.....	FASQUELLE
Biologie app. à l'Education) phys. et aux Sports)	CHAILLET-BERT
Biologie Médicale.....	FAUVERT
Cancérologie méd., sociale.....	BERNARD J
Carcinologie.....	N.
Chimie Méd.....	JAYLE
(Hôtel Dieu.....	BROCQ
Clinique Chir. { Broussais.....	G.d'ALLAINES
{ Salpêtrière.....	MOULONGUET
{ Cochin.....	QUENU
Clinique Chir. réparatrice et } orthop. }	{ MERLE d'AUBI-
	{ GNE
Clinique de Cardiologie.....	MOUQUIN
Clinique Chir. infantile et d'orthop.....	FEVRE
Clinique Chir. pleuro-pulm.....	MONOD
Clinique de la Tuberculose.....	BERNARD Et.
Clinique de neuro-chir.....	{ PETIT-
	{ DUTAILLIS
Clinique de Puéricult.....	LELONG
Clinique des maladies cutanées } et syphilitiques }	DEGOS
Clinique des mal. du sang.....	CHEVALLIER
Clinique mal. du système nerv.....	ALAJOUANINE

Clinique des maladies des enf.	DEBRE
Clinique des maladies infect.	MOLLARET
Clinique des maladies mentales) et de l'encéphale	DELAY
Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN
Clinique Gynécologique	F. BRENTANO
	BARIETY
Cliniques Médicales	J. BESANÇON
	MOREAU
	de GENNES
Clinique méd. hydro-climat. thér.	DEBRAY
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR V.-R.
	LANTUEJOUL
Cliniques obstétricales	VARANGOT
	LACOMME
Clinique ophtalmologique	VELTER
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Génétique	LAMY
Histoire de la Méd. et de la Chir.	SOULIE
Histologie	VERNE
Hygiène et Clinique lère Enfance	CATHALA
Hygiène et Méd. Préventive	JOANNON
Médecine du Travail	DESOILLE
Médecine légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et hist. nat. méd.	GALLIARD
Pathologie chirurgicale	MENEGAUX
Pathologie exotique	LAVIER
Path. expérimentale et comparée	LENEGRE
Path. Hum. et Immun. exp.	MERKLEN
Pathologie médicale	DECOURT
Path. et Thérapeut. générales	GARCIN
Pédiatrie sociale	Julien MARIE
Pharmacologie et matière méd.	HAZARD
Physico-chimie méd. (ch. t. pers)	DOGNON
Physiologie	BINET
Physique médicale	STROHL
Problèmes alimentaires (c. t. pers)	RICHET
Radiologie médicale	DESGREZ
Technique chirurgicale	PATEL
Thérapeutique	TURPIN
Thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Thérapeutique médicale	LEMAIRE

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE MAÎTRES DE CONFÉRENCES — AGREGÉS ET AGREGES

	MM.		MM.
Anatomie	(CABROL DEBEYRE DELMAS OLIVIER G. Melle GAU- THIER V. BUSSER GOUYGOU CHRISTOL NEVOT BOURLIERE ETTORI POLONOVSKI J. DUPERRAT TUCHMANN BULLIARD COUJARD N.... CORNET BOYER DEPARIS BASTIN DEROBERTE GAULTIER HADENGUE DAVID LHERMITTE GRASSET LE LORIER LEPAGE MERGER MORIN RAVINA ROBEY BREGEAT DESVIGNES JUDET AUBRY MADURO BRUMPT CHABAUD ABOULKER BARCAT BAUMANN CAUCHOIX	Pat. Chir.	(DUBOST FAUREL FLABEAU GERMAIN GOSSET LAURENCE LORTAT-JACOB MATHEY OLIVIER (Cl) POILLEUX THOMERET VERNE (J M) MAURICE LOEPER BOUVIER BOUDIN BRICAIRE BRISSAUD CASTAIGNE CONTE DEROT DOMART LAMOTTE LAROCHÉ MACREZ MILLIEZ PEQUIGNOT PERRAULT RAMBERT ROYER THIEFFRY TURIAF WOLFRAMM JOSEPH POLONOVSKI Cl. MOZZICONACCI Melle LEVY CHEYMOL BARGETON DEJOURS PARROT DJOURNO GOUGEROT KREIS
Bactériologie		Pat. expé- riment.	
Biol. méd.			
Chimie méd.			
Dermato-syphil.			
Embryologie			
Histologie			
Hydrologie			
Hygiène			
Mal. infect.			
Médecine)		Pat. méd.	
légale et			
du Trav.)			
Neurochir.			
Neurologie			
Obstétrique			
Ophtalmo-)		Pédiatrie	
logie)			
Orthopédie		Pharmacol.	
Oto-rhino-)			
laryngo.)			
Parasito.		Physiol.	
Parasito.col.			
		Physique	
Pat. chir.		médicale	
		Pneum. phthis.	

	MM.		MM.
Psychiatrie	{ BARUK	Stomato	{ CHAPUT Mme
	{ PICHOT		{ CERNEA
Psych. infant.	MICHAUX	Urologie	KUSS
Rhumatologie	DELBARRE	Thérapeut.	CHASSAGNE

III.- PROFESSEURS HONORAIRES
et AGREGES RAPPELES à l'EXERCICE
pour le Service des Examens.

MM. GATELLIER, LE LORIER, VAUDESCAL.

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
Clinique chir.	{ AMELINE	Urologie	{ COUVELAIRE
	{ HUGUIER		{ BROUET
	{ LEGER		{ DREYFUS
	{ PADOVANI	Clinique mé.	{ FAUVERT
	{ ROUX		{ HAGUENAU
	{ RUDLER		{ HAMBURGER
	{ SICARD		{ KOURILSKY
Clinique)	{ ECALLE		{ MARCHAL
obstét.)	{ MAYER		{ SOULIE
Clinique)	{ OFFRET		
ophtal)	{ RENARD		

Secrétaire de la Faculté _____ M. MOREL
Secrétaire-Adjoint _____ Melle CHAINTEUIL

Bibliothécaire en Chef _____ Dr HAHN
Conservateur _____ Melle GOICHON
_____ Melles DUMATRE
Bibliothécaires. _____ LE F R
_____ MET
_____ QUÉVREUX

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans
les dissertations qui lui seront présentées,
doivent être considérées comme propres à
leurs auteurs et qu'elle n'entend leur don-
ner aucune approbation ni improbation.

A mes Chers Parents

En témoignage de ma reconnaissance et de ma profonde affection.

A mon Frère et à ma Belle-Soeur

Très affectueusement.

A ma Famille

A tous mes Amis



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur P. FUNCK-BRENTANO

Professeur de Clinique Gynécologique

à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Chirurgie

Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.

En hommage de respectueuse
reconnaissance.

A nos Maîtres de la Faculté de Médecine
d'Alger

et en particulier

A Monsieur le Docteur Yves PELICIER
Assistant des Hôpitaux d'Alger

En reconnaissance pour la
bienveillance qu'il nous
a toujours accordée.

A notre Jury de Thèse.

A PROPOS DU SYNDROME DE DEMONS-MEIGS

-:-

AVANT-PROPOS

-:-

Début Août 1955, je prenais possession de mon poste de stagiaire interné dans le service de médecine de l'Hôpital de Mostaganem.

Au cours de la première visite de salle, en compagnie de l'interne qui me laissait sa succession, celui-ci me présenta entre autres une malade dont l'état nécessitait des ponctions d'ascite répétées. Elle présentait en outre un épanchement pleural unilatéral droit et aucun diagnostic n'avait pu être posé.

Immédiatement je fus intéressé, sans doute parce qu'estimant avoir trouvé là l'occasion de pouvoir me comparer favorablement à mon prédécesseur, le cas étant apparemment assez banal.

Il s'agissait donc d'une musulmane de 50 ans environ, en très mauvais état général, amaigrie, légèrement dyspnéique, avec un abdomen volumineux et des oedèmes importants des membres inférieurs.

Je reprenais toutes les investigations déjà effectuées, essayant de les compléter. Or, au bout de quelques jours, ayant tous les résultats en mains, je devais convenir que le problème était en réalité plus complexe que je ne l'avais imaginé. En effet, rien ne permettait d'attribuer cet état à :

- une cirrhose (cirrhose cryptogénétique des Nord-Africains) ?

- une insuffisance cardiaque (symphyse péricardique type cirrhose cardio-tuberculeuse de Hutinel)?

- une tuberculose des séreuses (tuberculose pleuro-péritonéale à type Fernet et Boullant)?

- une origine rénale ?

La nature du liquide (transsudat non hémorragique, sans cellules néoplasiques) avait fait éliminer une origine cancéreuse.

Certes, l'hypoprotidémie nette constatée m'avait fait émettre l'hypothèse d'une "dystrophie nutritionnelle oedémateuse" comme on en rencontre souvent en milieu musulman, chez des sujets jeunes toutefois. Mais les antécédents et le traitement appliqué ne le confirmèrent pas.

Il faut reconnaître que l'examen gynécologique ne fut pas pratiqué sérieusement, aucun symptôme local n'ayant attiré l'attention de ce côté.

Un après-midi, divers médecins des plus "sages" de la ville furent invités à venir donner leur avis : aucun diagnostic ne put être établi.

Et ainsi, pendant plusieurs semaines, je me vis contraint, tout comme mon prédécesseur, de renouveler les ponctions d'ascite (ponctions qui surprenaient par leur abondance) et la malade continua de dépérir. C'est, mourante, qu'elle nous fut enlevée par sa famille.

A quelques mois de là, alors que j'avais complètement oublié cette histoire trou-

blante , l'image de cette malade me revint à l'esprit, à la lecture, dans un vieux numéro de la Revue du Praticien, d'un article sur le syndrome de Demons-Meigs, par Monsieur le Professeur FUNCK-BRENTANO. Jusqu'alors, j'ignorais l'existence d'un tel syndrome et je devais conclure que je n'étais pas le seul : aucun des médecins consultés n'avait attaché d'importance à l'examen gynécologique, étant a priori certain d'être en présence d'une affection d'ordre général.

Une pénible impression de culpabilité m'envahit : car j'étais persuadé à la suite de cette lecture d'avoir eu affaire à une telle affection dont mon ignorance avait été la cause de l'évolution fatale.

J'essayais d'approfondir cette question, et réunissais pour cela divers éléments à l'aide desquels je décidais par la suite de constituer le sujet de ma thèse de doctorat, considérant que ce syndrome, bien que rare, méritait d'être connu de tous les médecins, à cause des résultats spectaculaires obtenus quand le diagnostic a pu être établi, alors que sa méconnaissance est la cause de son évolution inexorable vers la mort.

INTRODUCTION - HISTORIQUE

-:-

Depuis bientôt soixante ans, on connaît et étudie un syndrome aminé par une ascite et un hydrothorax de développement rapide, apparus chez une femme porteuse d'une tumeur de l'ovaire.

Ce syndrome tire son intérêt de son polymorphisme anatomo-clinique qui le rend souvent difficile à diagnostiquer, et aussi des problèmes étiologiques qu'il soulève, et qui ne semblent pas encore avoir été pleinement résolus.

En effet, dans la description princeps du Français DÉMONS, seules étaient capables de provoquer l'apparition du syndrome les tumeurs bénignes de l'ovaire, encore que même cette bénignité ait été limitée à certaines variétés histologiques. Depuis, et en particulier à la suite des travaux d'une part de MEIGS entre 1935 et 1943 - ce nom étant seul retenu actuellement par les auteurs américains qui négligent les origines françaises des recherches -, d'autre part de LEGER et de FURCK-BRENTANO en France, on s'est demandé si ces épanchements ne pouvaient pas être provoqués par bien d'autres tumeurs ovariennes, et en particulier par les néoplasies malignes de cet organe.

Il ne s'agit pas là de querelles byzantines sans portée pratique, mais, au

contraire, de faits d'une très grosse importance, car on conçoit d'emblée que l'attitude ne sera pas la même selon que la lésion responsable est bénigne ou maligne. Dans la seconde éventualité, il est de toute urgence de porter le diagnostic et d'appliquer la sanction thérapeutique, radicale, qui le suivra, car en temporisant, on risque de voir le cancer ovarien s'étendre, contracter des rapports de voisinage, créer des métastases rapidement inopérables.

Ce qui est également important, c'est de connaître les particularités cliniques, anatomopathologiques, biologiques du syndrome de Demons-Meigs, afin d'éviter les trop fréquentes erreurs de diagnostic qui ont été commises chez les malades atteintes, erreurs qui n'ont été rectifiées qu'à l'examen anatomopathologique, le plus souvent nécropsique.

Le cadre du syndrome de Demons-Meigs mérite-t-il d'être élargi, afin d'y faire entrer des lésions ovariennes non plus seulement bénignes (fibromes, folliculomes) seules responsables des épanchements dans les cas princeps, mais aussi certains cancers. FUNCK-BRENTANO, qui a longuement étudié la question, considère que le syndrome de Demons-Meigs est dû, dans sa pureté, aux seules tumeurs bénignes de l'ovaire, mais que quelques cas ont été décrits, dont les particularités cadrent bien avec le syndrome classique, alors que la tumeur s'est révélée histologiquement maligne.

La définition exprimée en ces termes par FUNCK-BRENTANO pose et définit bien le problème : " Une tumeur bénigne

de l'ovaire, écrit cet auteur, .
quelle qu'en soit la forme histologique,
créant le plus souvent une ascite associée
à un hydrothorax, plus rarement une ascite
isolée ou un hydrothorax isolé, ascite et
hydrothorax non hémorragiques, désespérants
par leur abondance et la rapidité de leur
reproduction, aboutissant après une longue
évolution, à la mort par cachexie séreuse,
guérissant au contraire par la simple
ovariectomie."

Ainsi, même si la tumeur est bénigne, le
pronostic est sombre si l'on n'intervient
pas, ce qui souligne la nécessité d'un
diagnostic exact et précoce, suivi de sa
sanction thérapeutique. Le syndrome s'op-
pose aux tumeurs malignes de l'ovaire qui
s'accompagnent d'une symptomatologie iden-
tique, mais qui ne sont évidemment pas cu-
rables par la simple castration. Dans le
syndrome de Demons-Meigs, le chirurgien
se trouve en présence d'une tumeur flottant
dans une ascite abondante donnant la clas-
sique perception du glaçon : l'examen du
thorax révèle un épanchement dans une ou
les deux plèvres : "et le chirurgien le
moins timide s'abstiendra d'opérer, l'ap-
parente métastase pleuro-pulmonaire suffit
à arrêter son geste" (FURCA-LENTANO).
Dans d'autres cas, nous dit L. LEGER, la
tumeur causale, petite, n'est pas perçue,
et alors la découverte d'épanchements
multiples des séreuses chez une femme
âgée, parfois cachectique, ferait porter
volontiers le diagnostic d'insuffisance
cardiaque et proposer une thérapeutique
digitalique ou strophantique. Nombreuses
sont les observations qui rapportent des
ponctions répétées des séreuses, aboutis-
sant à une lente évolution vers la mort
par cachexie en hypoprotidémie, alors que

l'intervention chirurgicale, même au stade apparaissant ultime de la maladie, aurait sans doute eu des effets décisifs.

On comprend que FUNCK-BRENTANO ait écrit que :

il est donc utile que gynécologues, chirurgiens, hépatologues et cardiologues connaissent ce syndrome.

Le problème est aujourd'hui arrivé à un tournant : la tendance se fait jour de faire entrer dans le cadre du syndrome des cas disparates, tumeur ovarienne initiale maligne, ou encore épanchement demeurant localisé à une seule séreuse, péritoine, ou plèvre, mais coexistant avec la tumeur ovarienne bénigne. De tels cas méritent-ils de figurer parmi les syndromes de Demons-Meigs authentiques, et doit-on en effet en élargir les limites ?

C'est à cette question que nous allons nous efforcer de répondre, en utilisant les observations déjà publiées, et en cherchant à les interpréter.

°°

Si nous faisons habituellement remonter à 1900 et à la description princeps de DEMONS de Bordeaux, la connaissance de ces épanchements associés à la tumeur ovarienne, un simple regard sur la littérature antérieure nous a appris que dès 1866 SPIEGELBERG avait décrit une tumeur ovarienne de volume énorme s'accompagnant d'ascite et d'épanchements pleuraux. En 1879, CULLINGWORTH rapportait un cas de tumeur ovarienne bilatérale accompa-

gnée de tels épanchements. Dans sa thèse, soutenue à Paris en 1896, LALLEMAND indiquait que les fibromes de l'ovaire comportaient souvent des épanchements ascitiques et pleuraux.

DEMONS montrait à partir de 1900, puis au Congrès de Chirurgie de 1902, enfin dans des articles de 1903, que les fibromes de l'ovaire et des ligaments larges pouvaient s'associer à de tels épanchements. CODET-BOISSE montre dans sa thèse (Bordeaux 1903-1904) que les fibromes de l'ovaire connaissent fréquemment une évolution clinique maligne par constitution d'épanchements séreux.

Sous cette étiquette, on publie ensuite des cas de tumeurs ovariennes qui ne semblent pas en fait remplir les conditions exigées par les descriptions princeps. FUNCK-BRENTANO demande en effet qu'il y ait contraste entre la gravité des signes fonctionnels et généraux, et la bénignité réelle du pronostic lorsque sur un diagnostic exact, le traitement chirurgical est mis en oeuvre. Cette discordance entre gravité apparente de l'affection, et "sa parfaite, facile et définitive curabilité par la chirurgie" autorise seule l'isolement du syndrome. L'âge de la malade importe peu, de même que la gravité de la cachexie séreuse, les oedèmes des membres, puisque dans tous les cas authentiques, la castration sauve définitivement la malade. C'est dire que les symptomatologies analogues provoquées par des tumeurs ovariennes malignes ne sauraient entrer dans le cadre du syndrome. FOUILLON a rapporté un cas de cystadénocarcinome créant, dit à tort cet auteur, un syndrome de Demons-Meigs.

Cette distinction est bien illustrée par l'observation de GALLAVARDIN et CROSNIER (1923) qui concernait une femme de 35 ans chez qui l'on fait en six semaines huit ponctions qui soutirent de sa cavité pleurale quatorze litres de liquide, tandis qu'est en outre présente une ascite discrète. La castration tarit les épanchements, TIXIER ayant procédé à l'ablation de deux volumineuses tumeurs ovariennes. Mais... deux mois après la sortie de l'hôpital, la malade succombe à une généralisation intra-thoracique des deux tumeurs malignes des ovaires. Donc, pleurésie intarissable asséchée après l'opération pelvienne, mais non épanchement de type Demons-Meigs, car il faut se rappeler que dans les dysfonctions ovariennes, on peut voir survenir une réaction pleurale de pathogénie d'ailleurs obscure.

Certains types histologiques seulement peuvent provoquer un syndrome de Demons-Meigs authentique. VARANGOT l'a souligné dans son étude des folliculomes de l'ovaire (1937). Cette même année 1937, MEIGS commence ses recherches sur les fibromes ovariens avec ascite et hydrothorax, qu'il avait déjà mentionnés en 1934 dans son Traité sur "Tumors of the female pelvic organs". Par la suite, nous citerons les observations de L. LEGER, de FUNCK-BRENTANO (1948), de CACHERA qui demande une possible extension du syndrome (1948), ce que refuse FUNCK-BRENTANO (1949). FLABEAU en 1950 rapporte des observations personnelles mais avec épanchements hémorragiques. DROUET cette même année apporte des cas personnels, DELORD trouve, outre une tumeur ovarienne génératrice du syndrome, une extension sigmoïdienne du processus tumoral. Dans le cas d'AUCLAIR, rapporté

en 1950 également, le syndrome de Meigs était authentique cliniquement parlant. Mais, à l'intervention, l'examen histopathologique révéla la nature maligne de la tumeur ovarienne.

H. BOUDRY consacre en 1951 sa thèse au syndrome de Meigs, à son cadre, à ses limites. GACHES apporte un cas personnel. CHUREAU en 1951 voit s'associer un syndrome de Meigs et une tumeur ovarienne de type Brenner. FERNANDEZ-COLMEIRO affirme à la lumière d'observations personnelles qu'un épithélioma papillaire ovarien peut réaliser un tableau clinique de syndrome de Demons-Meigs (1952) dont BAUDON apporte un cas vrai. L'année suivante, 1953, RIVES décrit un cas de syndrome de Demons-Meigs typique, mais qui se caractérisait par une forte teneur en albumine des épanchements séreux. HILLIARD, la même année, rapporte un cas de syndrome de Meigs ; MEIGS lui-même en 1954 décrit un cas de fibrome ovarien avec ascite et hydrothorax. LANGERON la même année rapporte une observation de ce type, GRIMOUD et collaborateurs, en 1955, voient chez une de leurs malades, un cas "caractéristique" de syndrome de Demons-Meigs. Enfin, tout récemment, ADELINE décrit un épanchement des séreuses susceptible de rentrer dans le cadre du syndrome, mais provoqué par une tumeur maligne de l'ovaire. Et cet auteur se demande si le syndrome de Demons-Meigs doit ou non être étendu à des variétés histologiques éventuellement malignes de tumeurs ovariennes.

Pour tenter de répondre à cette question, nous nous proposons d'envisager ici successivement :

- les aspects cliniques du syndrome authentique ;

- les aspects anatomopathologiques des tumeurs ovariennes susceptibles de le provoquer, classiquement tumeurs bénignes, fibromes, folliculomes, mais aussi tumeurs malignes ;

- les aspects étiopathogéniques et diagnostiques de ce syndrome qui, nous le voyons, peut entraîner la mort par méconnaissance de l'origine des symptômes observés, alors que, la tumeur ovarienne étant diagnostiquée et sa nature bénigne reconnue, l'ovariectomie entraîne, même dans les évolutions les plus avancées, la guérison complète et définitive, ce qui, évidemment, ne saurait être le cas lorsque la lésion est maligne.

- II -

ETUDE CLINIQUE

:-

Dans ses formes complètes, le syndrome comporte la triade classique :

- tumeur de l'ovaire,
- ascite,
- épanchement pleural.

Mais, en pratique, toutes les combinaisons sont possibles avec une symptomatologie partielle, la tumeur ovarienne ne s'accompagnant que de l'ascite, ou que de l'hydrothorax. Aussi a-t-on distingué trois formes principales :

- forme à type d'anasarque,
- forme abdominale,
- forme pleurale.

DEMONS d'une part, MEIGS d'autre part, insistaient sur les formes complètes avec à la fois ascite, hydrothorax et fibrome de l'ovaire. Le liquide d'épanchement est identique aux deux niveaux, thoracique et abdominal, et se présente sous un aspect citrin, exceptionnellement hémorragique; pour certains auteurs, cette notion d'épanchement hémorragique doit faire refuser l'étiquette de syndrome de Demons-Meigs aux cas qui la comportent

La couleur du liquide, son aspect cytologique, exempt de toute cellule néoplasique, suffisent déjà à éliminer la

métastase cancéreuse. La composition chimique du liquide d'épanchement est celle d'un transsudat. Insistons une fois encore sur l'identité des deux collections liquides.

Selon les observations, on trouvera un hydrothorax unilatéral ou bilatéral. Sur 46 observations réunies par FUNCK-BRENTANO, on trouvait cinq fois un hydrothorax gauche, neuf fois un hydrothorax bilatéral, et 31 fois un épanchement pleural droit ; cette prédominance doit être retenue car elle peut constituer un élément de diagnostic.

Quant à la tumeur ovarienne, elle peut être plus ou moins volumineuse, être simple ou double, donnant parfois lorsqu'elle est importante, et qu'elle flotte dans l'ascite la classique sensation de "glaçon". Mais généralement elle demeure assez réduite pour n'être perçue qu'après assèchement de l'ascite par ponction, ou même n'être découverte qu'au cours de l'intervention. Le péritoine est indemne.

Aux formes complètes associant la tumeur ovarienne, l'ascite et l'hydrothorax, il faut opposer les formes incomplètes. La tumeur ovarienne peut être constatée en présence du seul hydrothorax, mais cette association constitue dans certains cas une simple étape évolutive, l'ascite complétant ultérieurement la triade. Ou encore, l'hydrothorax restera tout au long de l'évolution le seul épanchement (cas de L. LEGER, de LANGERON). Dans d'autres cas, l'ascite était bien présente, mais si discrète que seule l'intervention l'a mise en évidence (un cas de FUNCK-BRENTANO).

Il faut savoir exclure des limites du syndrome l'association banale de tumeur ovarienne et d'ascite, en particulier lorsque la lésion de l'ovaire revêt la forme de fibrome. La tumeur fibreuse de l'ovaire s'accompagnerait d'ascite dans 40-72 % des cas (MONDOR) sans qu'il soit question de syndrome de Demons-Meigs. Pour que ce terme soit appliqué, nous le verrons plus loin, il faut certaines particularités anatomopathologiques et évolutives, qui séparent bien le syndrome de la classique réaction liquidienne intra-abdominale susceptible d'accompagner toute tumeur ovarienne.

Dans le syndrome qui nous occupe, le liquide épanché est extrêmement abondant, et capable de se reformer rapidement après ponction. Puissance et persévérance sécrétrices sont très caractéristiques, mais aussi très dangereuses, car en répétant les ponctions on provoque rapidement un état de cachexie des plus dangereux, avec hypoprotéinémie. Aussi longtemps que le diagnostic n'a pas été porté, on risque en effet de procéder à des ponctions thoraciques et abdominales dans l'espoir d'assécher ces intarissables collections liquidiennes, et c'est ainsi que l'on accélère une évolution qui risque d'être mortelle.

De plus, nous y reviendrons, l'aspect des malades peut en imposer pour une insuffisance cardiaque, une cirrhose, ce qui écarte évidemment toute idée d'intervention chirurgicale, seul geste de salut cependant. La malade se présente souvent, à une phase avancée de la maladie, comme "bondée de liquides et infiltrée d'œdèmes" ; il est encore temps de la sauver

par le simple geste de la castration. Celle-ci est extrêmement bénigne et bien supportée, et entraîne immédiatement le tarissement des épanchements abdominaux et pleuraux. Des volumes liquidien considérables ont été parfois soustraits aux malades, 17 litres dans le cas de CLAY, 107 litres en trois mois et demi dans le cas de SCHAFFNER et KIRKPATRICK, avec les seules ponctions thoraciques, 80 litres dans le cas de CACHERA qui n'a effectué que des ponctions d'ascite, avec assèchement total et immédiat après ablation de l'ovaire, siège d'un goitre bénin.

Ainsi, on se trouve, à la période d'état, devant un tableau fonctionnel et général des plus alarmants, et dont le pronostic reste cependant bénin dans la mesure où l'on interviendra à temps. Cette discordance est très frappante et caractérise le syndrome, qui reste réversible chez les malades de tout âge, entre 23 ans et 73 ans dans les cas publiés ; et quels que soient aussi l'état de cachexie atteint, les oedèmes présents. La guérison est immédiate et définitive, à condition toutefois qu'il s'agisse d'un véritable syndrome de Demons-Meigs, c'est-à-dire comportant une tumeur bénigne de l'ovaire. On comprend facilement que si la glande est envahie par un processus malin, les épanchements néoplasiques vont, tôt ou tard, se reconstituer, ainsi que les métastases, et la castration n'empêchera pas l'évolution cancéreuse de se poursuivre jusqu'à exitus.

Quelques exemples illustreront bien les particularités du syndrome vrai et pur de Demons-Meigs.

FERNANDEZ-COLMEIRO, ayant examiné les

dossiers des malades traitées à la Fondation Curie pour cancer de l'ovaire entre 1919 et 1951, retient 105 cas dont 54 avec ascite avec parfois des métastases péritonéales (51 % des cas). Dans 20 dossiers figuraient des radiographies thoraciques avec dans 10 cas un épanchement pleural uni ou bilatéral. Trois fois, cet épanchement était dû à la présence de métastases pleuropulmonaires ou médiastinales évidentes, 5 fois à l'épithélioma ovarien sans images de métastases thoraciques ; deux fois l'épanchement était nettement dû à la tumeur ovarienne sans notion de métastases actuelles ni ultérieures, la collection liquidienne pleurale ayant fait porter le diagnostic de syndrome de Demons-Meigs. Nous reviendrons sur ces deux observations qui autorisent COLMEIRO à parler d'un syndrome de Meigs authentique provoqué par une tumeur maligne de l'ovaire.

L'observation de GACHES fut, elle, indiscutable avec hydrothorax, ascite, et tumeur fibromateuse de l'ovaire guérie par l'acte chirurgical.

La malade de BAUDON, âgée de 57 ans, était venue consulter pour métrorragies. Cliniquement, la tumeur ovarienne était volumineuse. Histologiquement, il s'agissait d'un kyste multiloculaire pseudo-mucineux qui, à l'intervention, devait se montrer inclus dans le ligament large gauche.

CALMERSON a rapporté le cas d'une malade porteuse d'un hydrothorax bilatéral et d'une ascite intarissables coexistant avec des fibromes multiples de l'utérus, les ovaires étant normaux. L'hystérectomie a amené la guérison définitive.

AMELINE a rapporté deux cas dans lesquels la tumeur ovarienne était de nature maligne.

Par contre, c'est bien un fibrome ovarien bénin qui avait provoqué, chez une malade de GRIMOUD et collaborateurs, une masse abdomino-pelvienne d'origine ovarienne très probable à l'examen, avec ascite moyenne et hydrothorax gauche important : plus de deux litres d'un liquide clair, Rivalta négatif : on porte donc le diagnostic de syndrome de Demons-Meigs ce qui est confirmé par l'intervention, l'examen histologique et l'évolution ultérieure. Après exérèse simple de la tumeur par annexectomie gauche, l'ascite et l'hydrothorax régressent rapidement et complètement; et quatre mois plus tard, la femme est en bonne santé, sans récédive.

Le cas de HILLIARD est également très caractéristique : cet auteur rappelle qu'en 1951, moins de 100 cas authentiques avaient été publiés. Ils concernent dans l'ensemble des femmes ayant dépassé l'âge de la ménopause, présentant comme symptômes principaux de la dyspnée, une tuméfaction abdominale volumineuse, de la faiblesse, des douleurs thoraciques et abdominales, de la toux. Les signes, au moment où la malade consulte, datent de quelques jours, ou de quelques années. La masse pelvienne occupe aussi bien le côté droit que gauche, et se présente comme bilatérale dans 10 % des cas ; l'épanchement pleural prédomine à droite ; on le trouve à gauche dans 10 % des cas, et il est bilatéral dans 15 % des cas.

La malade de HILLIARD et collaborateurs était une femme de couleur de 57 ans,

venue consulter pour une douleur abdominale basse, de la dyspnée, nécessitant la nuit la position assise. Il n'existe pas d'oedèmes, mais la masse abdominale avait été perçue depuis cinq ans et avait augmenté considérablement de volume ces derniers mois. La ménopause était installée depuis deux ans chez cette nullipare. A l'examen, on trouve un abdomen saillant une dyspnée modérée, quelques bruits respiratoires anormaux sur les deux champs, surtout inférieurs.

La masse, ferme, irrégulière, non sensible, remplissait l'abdomen jusqu'à l'appendice xiphoïde; elle était palpable par voie vaginale dans les culs-de-sac; le corps de l'utérus apparaissait doublé de volume, nodulaire. Les examens biologiques n'ont rien apporté de particulier. Le liquide pleural était séro-fibrineux. On fait une ponction qui retire 2050 cc de liquide citrin; trois jours plus tard, une laparotomie permet d'aspirer 2000 cc de ce même liquide jaune paille, et de découvrir une masse kystique représentant l'ovaire droit, un ovaire gauche doublé de volume, gris, nodulaire, dur. On pratique une hystéro-ovarictomie: la guérison est complète, en particulier les épanchements ne se reproduisent plus. Histologiquement, la tumeur ovarienne droite était un fibrome.

MEIGS a récemment tiré de ses observations et des cas publiés dans la littérature médicale mondiale quelques généralités concernant le syndrome qui porte son nom, et dont 84 observations avaient été publiées en 1954 :

dans ses formes typiques, le syndrome comporte une tumeur fibromateuse de

l'ovaire, des épanchements liquidiens thoraciques et abdominaux. L'ablation de la tumeur doit entraîner la guérison de la malade. Ces signes sont caractéristiques, alors que les stigmates biologiques obtenus au laboratoire n'ont que peu de valeur diagnostique. Le diagnostic pré-opératoire avait été suggéré dans 31 cas sur 84.

5 des 84 malades ont succombé, soit une mortalité de 5,9 %, mais 4 d'entre elles devaient mourir avant l'intervention.

Deux malades succombèrent parce que l'intervention n'a pas été pratiquée, et une autre de cancer métastatique sans rapport avec le fibrome ovarien. Toutes les autres femmes se portent bien. Dans aucun cas, il n'a été signalé de récidives. Une malade suivie 27 ans a montré la solidité de la guérison. Il s'agit donc d'une maladie fatale si elle n'est pas traitée, réalisant au moment de l'intervention un tableau d'une extrême gravité, et qui cependant donne des résultats chirurgicaux parfaitement satisfaisants.

Le cas de FLABEAU et collaborateurs a de particulier la nature hémorragique de ses épanchements :

Une femme de 40 ans, au passé génital négatif, vient pour fatigue, déclin de l'état général, amaigrissement, nervosité s'accroissant, tandis que les règles deviennent un peu douloureuses et peu abondantes; la distension abdominale devient rapidement énorme. On porte le diagnostic d'ascite, le liquide ponctionné est franchement hémorragique; la nature du liquide est identique au niveau de l'épanchement pleural droit. Evacuée plusieurs fois, l'ascite se reconstitue rapidement. A la suite d'une ponction, on découvre une

masse pelvienne. On porte alors le diagnostic de tumeur maligne de l'ovaire, inopérable. On répète les ponctions, 4-5 litres de liquide hémorragique sont retirés chaque semaine, les épanchements se reproduisant de plus en plus rapidement. Les règles ont disparu. La malade très amaigrée, très fatiguée, est dyspnéique, car l'ascite abdominale libre et l'épanchement pleural abondant gênent le libre jeu de la respiration. Par ailleurs, les examens demeurent négatifs, en particulier au niveau des viscères. Dans l'abdomen, on perçoit une masse dure, donnant le phénomène du glaçon et retrouvée au toucher vaginal. Le diagnostic de syndrome de Demons-Meigs s'impose devant cette tumeur pelvienne avec ascite abondante et de reproduction rapide et épanchement pleural, et l'on intervient. Une masse énorme, du volume d'une tête d'adulte, multilobée, est retirée en même temps que la trompe droite. L'ovaire gauche est normal, l'utérus est petit et sain. Il s'agit, sur la pièce opératoire, d'une tumeur formée de nombreuses cavités kystiques accolées, du volume chacune d'une mandarine, contenant un liquide hémorragique comparable à l'ascite. Histologiquement, c'est un folliculome polykystique de l'ovaire. Les suites opératoires sont simples ; les épanchements disparaissent définitivement. Ici l'on se trouvait donc devant un aspect clinique malin, provoqué par une tumeur bénigne dont l'ablation entraîna la guérison.

- III -

ETUDE ANATOMOPATHOLOGIQUE

- : -

Pour DEMONS, pour MEIGS, mais aussi pour FUNCK-BRENTANO, le syndrome réunissant la tumeur ovarienne et les épanchements abdominaux et pleuraux doit comporter, pour être admis comme rentrant dans le cadre de Demons-Meigs, une tumeur bénigne de l'ovaire.

Dans la grande majorité des cas, il s'agit de fibromes ovariens, mais qui cependant paraissent présenter des particularités qui les distinguent des fibromes banaux de l'ovaire. Il s'agit bien de cellules fibroblastiques, mais avec des inclusions d'esters cholestériniques qui permettent de les rapprocher des tumeurs thécales, ce que CACHERA avait déjà souligné. RUBIN et SQUIRE, avant CACHERA, avaient également attiré l'attention sur le fait que ces fibromes ovariens devaient présenter des particularités. Car trente cas de fibromes ovariens n'avaient donné lieu à aucun syndrome de Demons-Meigs, alors que sur 23 tumeurs thécales de l'ovaire, ces auteurs avaient trouvé sept fois de l'ascite, et une fois une collection pleurale associée à l'ascite. Il faudrait donc arriver à admettre que seules les tumeurs sécrétantes sont capables de donner lieu au syndrome de Demons-Meigs, alors que les fibromes ovariens purs ne s'accompagnent jamais de ces épanchements pleuraux et ascitiques.

L'action hydratante des stéroïds sexuels expliquerait de façon satisfaisante la survenue des épanchements en présence de telles tumeurs. Mais il n'en est pas toujours ainsi. L'INSERON, observation d'ailleurs unique, a constaté le syndrome en présence d'un kyste macoïde de l'ovaire. CACHERA, MOIROUD ont vu survenir le syndrome en association avec un goitre ovarien. MAC GEE, TOWNSEND ont décrit des syndromes de Lemons-Meigs chez les femmes porteuses de cystadénome multiloculaire de l'ovaire. Encore, dans le cas du second auteur, s'agissait-il d'une tumeur maligne, d'un cystadénocarcinome, ce qui exclut le syndrome. Il semble que trois types histologiques des tumeurs ovariennes soient susceptibles de provoquer le syndrome :

- les tumeurs thécales, dont on peut rapprocher les nombreux cas de
- fibromes ovariens responsables des épanchements uniquement lorsqu'ils présentent les inclusions cholestériniques qui en font des tumeurs plus actives que le fibrome vrai ;
- les cas dits cystadénomes ;
- enfin les tumeurs thyroïdiennes bénignes, dites goîtres ovariens.

Ces divers types histologiques ont en commun d'être des tumeurs glandulaires, actives.

FUNCK-BRENTANO est absolument intransigeant en ce qui concerne la bénignité obligée de la tumeur ovarienne, faute de quoi il ne s'agit plus de syndrome de

Demons-Meigs, mais d'épanchements néoplasiques. Il exclut donc du syndrome le cas de GALLAVARDIN et CROSNIER, concernant une femme de 35 ans chez qui huit ponctions soutirent en six semaines 14 litres de liquide pleural avec ascite discrète. Les épanchements tarissent après la castration, mais les tumeurs ovariennes se révèlent malignes, et la mort survient peu après par généralisation néoplasique. Pour parler de syndrome de Demons-Meigs, il faut donc établir la bénignité de la tumeur ovarienne, fibrome le plus souvent, pouvant avoir un aspect sarcomatoïde, tumeur thécale, cystadénome multiloculaire, plus rarement kyste mucoïde ou tumeur thyroïdienne bénigne de l'ovaire.

AMELINE a vu chez deux malades un syndrome de Demons-Meigs paraissant authentique, avec épanchement péritonéal et pleural à type d'exsudat ; l'épanchement pleural s'est nettoyé cliniquement et radiologiquement après l'ablation de la tumeur ovarienne. Le syndrome observé reproduisait celui de DEMONS, malignité tumorale mise à part. Mais, celle-ci ne peut être établie qu'à l'intervention. Aussi AMELINE conseille-t-il de ne pas abandonner les malades présentant une association de tumeur ovarienne et d'épanchements pleuro-péritonéaux, mais, au contraire, de les opérer.

Citons enfin deux cas de "syndrome de Meigs" observés en présence de tumeur maligne de l'ovaire par FERNANDEZ-COIMEIRO :

Cet auteur rappelle tout d'abord seize observations d'hydrothorax et ascite non métastatiques survenus chez des femmes porteuses de tumeurs malignes de l'ovaire :

5 fois un cystadénocarcinome, 4 fois un épithélioma, 2 fois kystiques, et 2 fois papillaires et kystiques; une fois une tumeur de Krukenberg; une fois un carcinome kystique, enfin 4 fois une tumeur de la granulosa.

Une femme de 47 ans est adressée à la Fondation Curie pour syndrome de Demons-Meigs probable : découverte d'un niveau liquide pleural droit, fortuite, et d'abord attribué à une complication grippale, puis à une pleurésie bacillaire. L'épanchement persiste en présence d'un tableau par ailleurs normal, se développe; la ponction en montre le caractère de transsudat. Malgré la négativité des examens, la malade est traitée comme une bacillaire. Après deux ans, avec séjour en préventorium, l'épanchement nécessite des ponctions répétées, l'état général décline; on découvre enfin une tumeur de l'ovaire droit qui est excisée ainsi que les annexes et l'utérus. Histologiquement, il s'agit non pas d'un simple kyste de l'ovaire, mais d'un épithélioma papillaire capable de donner un éssaim de métastatique (GRICOUROFF). Dans les quinze jours qui suivent, l'épanchement pleural se résorbe totalement et ne se reproduit plus, pas plus que l'ascite. Deux mois plus tard, on soupçonne une récurrence dans le paramètre droit, qui est irradié. Quelques mois plus tard, la malade était toujours en bon état.

Dans un second cas, la maladie a débuté par l'ascite, évacuée par des ponctions répétées. Il s'agit d'un liquide citrin. Quelques mois plus tard, on porte le diagnostic clinique d'épithélioma végétant ovarien inopérable, infiltrant tout le

bassin et remontant jusqu'à l'ombilic. Il existe sur les clichés un épanchement pleural gauche sans images de métastases. La radiothérapie de la tumeur ovarienne fait assécher les épanchements. Cependant, la mort survient deux mois plus tard par évolution du cancer.

ANDERSON a également observé la disparition de l'épanchement pleural sous l'effet de l'irradiation du cancer ovarien. L'assèchement de l'ascite est une observation plus courante. On peut donc parfaitement voir se constituer un tableau anatomo-clinique reproduisant le syndrome de Demons-Meigs en ce qui concerne :

- les épanchements pleuraux et ascitiques;
- leur reproduction rapide après ponctions;
- le déclin de l'état général, les signes fonctionnels ;
- la disparition - temporaire sans doute - des collections liquidienues après traitement chirurgical ou radiothérapique de la tumeur ovarienne maligne.

Mais cette malignité diffère du syndrome pur en ce que, d'une part, la suppression de la lésion ovarienne ne saurait entraîner la guérison immédiate et définitive ;

d'autre part, la pathogénie des liquides d'épanchement doit différer de celle qui préside au syndrome qui nous occupe.

C'est donc à cette pathogénie que nous consacrerons les pages qui terminent notre travail.

ETIOPATHOGENIE ET DIAGNOSTIC

-:-

Divers types histologiques de tumeurs ovariennes sont donc susceptibles de provoquer des épanchements non seulement abdominaux, qui seraient facilement explicables par une réaction exsudative de voisinage, mais aussi pleuraux, ce qui déjà est plus complexe.

Que des tumeurs sécrétantes, actives, sécrétoires, entraînent la constitution de ces collections liquidienne, la chose est assez compréhensible, nous allons le voir. Par contre, les lésions purement fibromateuses rendent mal compte de ces réactions associées.

Bien des auteurs admettent que quel que soit le tissu glandulaire en cause, les tumeurs ovariennes présentes dans le syndrome qui nous occupe sont toujours douées d'un pouvoir sécrétoire, la substance sécrétée étant "hydratante". Cette pathogénie vaut pour les tumeurs thécales, car on connaît le rôle des stéroïdes sexuels dans le métabolisme de l'eau. Mais elle n'est qu'hypothétique lorsque la tumeur génératrice d'épanchements est d'une autre nature histologique. Et cependant, nous ne voyons pas d'autre mécanisme à avancer.

Certes, on a invoqué d'autres théories pathogéniques. On a parlé de décompensation

cardiaque , de compression veineuse, de phénomènes anaphylactiques, d'irritation mécanique du péritoine par un fibrome ovarien mobile, mais rien ne vient confirmer la réalité de ces pathogénies.

LEPPER, MONDOR ont évoqué une hypothèse intéressante susceptible d'être appliquée au moins à certains cas particuliers : le revêtement périphérique du fibrome ovarien et qui est constitué par un épithélium cubique germinatif sécrétant, pourrait être responsable de l'ascite.

Mais comment expliquer l'épanchement péritonéal dans les autres tumeurs ovariennes bénignes ? Et surtout, comment faire cadrer cette pathogénie locale avec la présence de l'hydrothorax, que des facteurs locaux isolés ne peuvent pas expliquer ?

A cela, HILLIARD répond en rappelant que si le mécanisme pathogénique de l'épanchement pleural demeure inconnu, il a donné lieu à des hypothèses :

- obstruction de la veine azygos,
- réaction d'alarme de SELYE,
- perforations diaphragmatiques (communications pleuro-péritonéales) :
- drainage lymphatique (Exp. de Meigs : l'encre de Chine injectée dans le péritoine se retrouve dans la plèvre).

°°°

Il faut donc revenir à un aspect plus concret de la question et faute de connaître avec certitude le mécanisme pathogénique de ces épanchements, savoir les interpréter et en tirer les déductions

thérapeutiques qui s'imposent.

La présence de l'épanchement citrin, exceptionnellement hémorragique, récidivant et augmentant de volume malgré les ponctions, le caractère identique des différentes collections liquidienne, abdominales et thoraciques, leur aspect de transsudat, l'absence d'infection, sont déjà des indices qui orientent le diagnostic. Les différents examens biologiques s'imposent, avec en particulier étude de la protéidémie, qui explique l'évolution de la cachexie séreuse. Pour découvrir ou localiser la tumeur, on peut être amené à pratiquer une hystérosalpingographie. Le diagnostic différentiel tiendra compte, pour les éliminer : à la phase pelvienne, les tumeurs utérines et annexielles, l'endométriome, les tumeurs pelviennes non génitales, tumeur caecale ou sigmoïdienne, encore qu'une lésion intestinale associée ait été parfois signalée :

à la phase d'état, abdominale, le diagnostic se pose avec le fibrome utérin.

En pratique, il suffit de poser le diagnostic positif de tumeur ovarienne, la laparotomie exploratrice confirmera ce diagnostic et permettra d'établir la nature histologique de la tumeur de l'ovaire.

Etant donné l'ordre de succession des différents symptômes qui marquent les diverses étapes évolutives du syndrome, au début, puis à la période d'état, on aura souvent à discuter avant le fait gynécologique, le fait médical : étiologie cardiaque, étiologie rénale, étiologie bacillaire, hépatique, néoplasique des épan-

chements. Les deux premières étiologies seront écartées par les examens cliniques des appareils cardiovasculaire et cardio-rénal. L'origine tuberculeuse a pu être longtemps retenue dans certains cas : cependant la recherche du B.K. l'étude physique et chimique du liquide, sa culture et son ensemencement doivent pouvoir écarter la tuberculose.

Le bilan hépatique est important, tant pour le diagnostic que pour le pronostic. L'ascite s'oppose parfois à une exploration clinique du foie et de la rate. Le dosage des protides sanguins apportera alors d'utiles précisions, car dans l'ascite cirrhotique ponctionnée, l'hypoprotidémie a deux origines : l'une hépatique initiale, l'autre spoliatrice secondaire. Dans le syndrome de Demons-Meigs, la baisse des protides sériques n'est fonction que des ponctions, leur importance, leur rythme.

La tumeur ovarienne étant reconnue, reste à en établir la bénignité ou la malignité, cette dernière étant suspectée devant l'association tumeur-épanchement, et affirmée en présence de métastases et de cellules cancéreuses dans le liquide. Mais ce n'est vraiment que l'étude histologique de la tumeur qui permettra de trancher non seulement la nature de la lésion, mais encore la présence - ou l'absence - d'un syndrome de Demons-Meigs authentique, c'est-à-dire curable. Si l'on n'intervient pas, la tumeur bénigne et ses épanchements entraîneront une évolution de cachexie, anémie séreuse, défaillance cardiaque, évolution tuberculeuse parfois.

Ainsi, on songera au syndrome lorsqu'une femme de 40 à 50 ans présente :

- un transsudat pleural ne faisant pas ses preuves médicales, rebelle désespérément et récidivant ;
- un transsudat à la fois pleural et péritonéal sans étiologie décelable ;
- ou encore une ascite isolée, de caractère mécanique, ni inflammatoire, ni infectieux, se reproduisant rapidement après la ponction, et intarissable, sans aucune cause pour l'expliquer.

Il est donc de toute nécessité de porter précocement le diagnostic afin d'intervenir et d'obtenir une guérison rapide et radicale, avant que l'organisme n'ait fait les frais de ces épanchements cachectisants : on saura ne pas temporiser, et alors même que le diagnostic demeure hésitant, pratiquer une laparotomie exploratrice. Alors même que l'état de la malade est gravissime, le pronostic en apparence désespéré, il faut encore intervenir, et cela d'urgence : dans une très forte proportion des cas, s'il s'agit bien d'un syndrome de Demons-Meigs, la guérison quasi-immédiate et définitive sera obtenue à l'ablation de l'ovaire pathologique.

On voit tous les accidents susceptibles d'être entraînés par une méconnaissance du syndrome et de son pronostic, très sombre si l'on n'intervient pas et que l'on cherche à tirer les épanchements, très favorable au contraire dès que l'intervention supprime la cause même de ces collections liquidienne.

CONCLUSIONS

-:-

I.- La formation d'ascite au cours d'une tumeur pelvienne n'a rien que de très banal. Par contre, il existe un syndrome dit de Demons-Meigs, qu'il faut connaître et qui associe :

- une tumeur bénigne de l'ovaire,
- un épanchement pleural à type de transsudat,
- un épanchement ascitique de mêmes caractères biologiques.

II.- Tout le problème tourne autour du diagnostic précoce de cette triade, - qui peut d'ailleurs être incomplète - car la castration apporte l'assèchement rapide des collections liquidienne et la guérison définitive. Si par contre on se borne à ponctionner sans intervenir, on provoque l'établissement d'une cachexie séreuse qui risque d'être plus ou moins rapidement mortelle.

III.- A la phase initiale, alors que l'on se trouve devant un épanchement pleural tenace, ou devant une ascite, il est bien évident que le diagnostic risque de s'égarer vers une tuberculose, une cirrhose, une défaillance cardiaque ou rénale.

IV.- A la période d'état, la tumeur ovarienne étant perçue, il s'agit d'en définir la nature, bénigne ou maligne; seule la laparotomie peut le faire.

V.- Les conséquences pratiques de ces notions, qui conservent de grandes obscurités pathogéniques, résident dans l'intervention précoce, faute de quoi on laisse évoluer un processus de cachectisation irrémédiable. Devant une tumeur ovarienne à épanchements, il ne faut pas s'abstenir sous le prétexte que la lésion est inopérable. Une laparotomie exploratrice a pu parfois faire découvrir et la bénignité de la tumeur, et la présence du syndrome de Demons-Meigs : donc, sauver la malade.

-:-

Vu :
Le Président :
signé : FUNCK-BRENTANO

Vu :
Le Doyen :
signé : BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH.

- VI -

BIBLIOGRAPHIE

:-:-

P. AMELINE

Cancer de l'ovaire et épanchement des
séreuses. Faut-il étendre le syndrome
de Demons-Meigs ?
Mém. Acad. Chir. 23 mars 1955

AUCLAIR

Syndrome de Meigs
Soc. Gyn. Obst. 6 nov. 1950

J. BAUDON

Sur un cas de Demons-Meigs
Soc. Franç. Gynécol. 28 sept. 1952

CACHERA, DARNIS

Extension du syndrome de Meigs
Semaine des Hôpitaux n° 29 p. 961
14 avril 1948

CHUREAU

Syndrome de Meigs et tumeur de
Brenner
Soc. des Chirurg. Paris 16 mars 1951

M. DELORD

Syndrome de Demons-Meigs avec tumeur
ovarienne et signoidienne
Concours Médical LXXII, pages 2747-
2748 1950

DEMONS

Sur un point de l'évolution clinique
des fibromes de l'ovaire et des liga-
ments larges
Congrès de Chir. Paris 1902 C.P. p.739
Rev. mens. gynécol. p. 254 mai 1900
p. 184 mai 1903

P.L. DROUET et collab.
A propos du syndrome de Meigs
Rev.Méd.Nancy LXXV pages 214-217 1950

J.M. FERNANDEZ-COLMEIRO
L'épithélioma papillaire de l'ovaire
peut reproduire le tableau clinique
dit syndrome de Demons-Meigs
Presse Méd. LX pages 736-738 14 mai
1952

F. FLABEAU, J. HARTMANN, G. FERBOS
Un cas de syndrome de Meigs avec
épanchements hémorragiques
Presse Méd. LVIII pages 477-478
26 avril 1950

P. FUNCK-BRENTANO
Le syndrome de Meigs
Gynéco obstétrique XLVII p. 150 1948

P. FUNCK-BRENTANO
La place du syndrome de Meigs dans
la nosographie des tumeurs ovariennes
Soc. Fr. Gyn. Obst. 4 octobre 1948

P. FUNCK-BRENTANO
Les réactions liquidienues des tu-
meurs ovariennes
Sem. des Hôp. 22 nov. 1952 n° 86

P. FUNCK-BRENTANO
Limitation et extension du syndrome
de Demons-Meigs
Presse Méd. 16 avril 1949 p.341-342

P. FUNCK-BRENTANO

Le syndrome de Demons-Meigs
Rev. du Prat. 21 juillet 1955

A. GACHES

A propos d'un cas de syndrome de
Demons-Meigs
Thèse de Paris 1951

H. BOUDRY

Etude critique des observations inti-
tulées "Syndrome de Demons-Meigs"
Thèse de Paris 1951

G. GRIMOUX, A. ENJALBERT, F. GREZES-RUEFF,
G. ESPANO

Une observation caractéristique du
syndrome de Demons-Meigs
Soc. Chir. Toulouse 26 octobre 1955

G.W. HILLIARD, G. MOORHEAD, C.A. TREMERNE
Meigs' syndrome, report of the case
Journ. Am. Med. Assoc. CLI p. 728-731
28 Février 1953

L. LEGER

Fibrome de l'ovaire avec ascite et
hydrothorax. Syndrome de Meigs
Presse Med. 25 janvier 1947 p. 64-66

J.V. MEIGS

Fibroma of the ovary with ascitis and
hydrothorax . Meig's syndrome
Am. J. Obst. Gyn. LXVII mai 1954 p. 962-
987

J. VARANGOT

Les tumeurs de la granulosa (folli-
culomes de l'ovaire)
Thèse Paris 1937 - Arnette éd.

TABLe DES MATIERES

-:-

	Pages
Avant-Propos	13
I - Introduction - Historique.....	16
II - Etude clinique	24
III - Etude anatomopathologique.....	33
IV.- Etiopathogénie et diagnostic.....	38
V - Conclusions	43
VI - Bibliographie	45

-:-

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père .

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

-:-

